

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-633072

NO: 81524

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11007 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OBAD SABAE

Date de naissance : 17-07-1977

Adresse :

Tél. : 06.61.19.39.29 Total des frais engagés : (561x3) 4300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Ouadghiri Fatima ép. Alamir  
Pédiatre - N° 2 tre

Date de consultation : 20/6/2022  
Rég. Séquence 2 imp. 12, 1<sup>er</sup> étage  
Bd Sidi R. 75 167

Nom et prénom du malade : SAOUKI Abdilah Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : / /

Autorisation CNDP n° A-A-215/2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/6/2021	C		300.00	INP : 101201094 Dr Ouadghiri Fatima Zahra Pediatre - Neurologue N° 25 37 58 02 57 N° 25 37 58 02 57

INP: 101201094

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/6/21	1683,00

10/6/21

1683,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Montant  
des Honoraires[illegible]

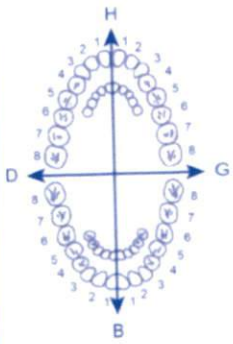
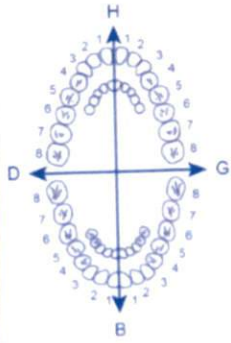
1

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D —————              00000000              35533411           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G —————              00000000              11433553              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

## Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

4

2553341:

00000000

21433552

00000000

1

00000000

3553341

—

11433553

1

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Ouadghiri Fatima Zahra ép Alami**  
Pédiatre- Neuropédiatre

- Ancienne pédiatre attachée aux urgences pédiatriques HER
- Diplômée en Neurologie pédiatrique Université de Rennes
- Diplômée en Urgences pédiatriques Université René Descartes Paris



د. ودغيري فاطمة الزهراء حرم علمي  
طب الأطفال و طب الجهاز العصبي للأطفال

- طبيبة سابقة بقسم المستعجلات - مستشفى الأطفال - الرباط
- دبلوم الأمراض العصبية للأطفال - جامعة رين
- دبلوم الحالات الإستعجالية للأطفال - جامعة روني
- ديكارت باريس

تمارا، le 10 / 6 / 2021 في

SAOURI AB DILAN Sultan.

Keppra cp 500.

56100x3  
1683.00

tu 3 fois.

1683.00

PHARMACIE LE RIVAGE  
Dr. MASHI FAHMI  
Bloc 27, 1<sup>er</sup> étage, Temara Harhoura  
Tél.: 05 37 62 66 45

Dr Ouadghiri Fatima Zahra ép Alami  
Pédiatre - Neuropédiatre  
Rés Séquence 2 Imm 26 Appt 2, 1<sup>er</sup> étage  
Bd Sahl Rhone Oulad Mtaa Temara  
Tél : 05 37 58 02 67

gsk

**Keppra** **500 mg**

*comprimés pelliculés*  
Lévétiracétam



60 comprimés pelliculés

GlaxoSmithKline Maroc

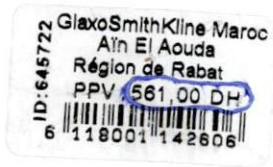
Ain El Aouda  
Région de Rabat

PFV : 561,00 DH

ID:646811



Peel-off label (vignette)



**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé



**NIVEAU 2**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Liste I

**Fabricant:**

مصنعة من قبل :

UCB Pharma S.A.  
Chemin du Foriest  
1420 Braine-l'Alleud  
Belgique

**Titulaire:**

Titulaire d'AMM:  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda, Région de Rabat.



# Keppra 500 mg

*comprimés pelliculés*  
Lévétiracétam



60 comprimés pelliculés

ID: 646811  
6

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Region de Rabat  
PPV : 561,00 DH



11 8001 142606